

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THESE

N^o 297

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Augustin PINEL

*né le 5 décembre 1888, à Balleroy (Calvados)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

La dégénérescence calcaire
des
Fibro-myomes utérins

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1924

58

Année 1924

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Augustin PINEL

*né le 5 décembre 1888, à Balleroy (Calvados)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

La dégénérescence calcaire
des
Fibro-myomes utérins

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1924



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.
EASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
ERULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LEREBoullet. Clinique médicale infan-
 tile.
 LÉRI Clinique médicale.
 LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBREDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fan tile.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 RATHERY..... Clinique médicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricale

*En témoignage de reconnaissance,
pour l'honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de notre
thèse après nous avoir fait profiter
de son enseignement magistral à la
clinique Tarnier.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

M. LE PROFESSEUR DEBOVE (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ.

M. LE PROFESSEUR agrégé MAUCLAIRE.

M. LE PROFESSEUR agrégé DEBRÉ.

M. LE D^r LOUIS FOURNIER (*externat*).

M. le D^r DE MASSARY (*externat*).

*Qui n'a cessé de nous témoigner la plus
grande bienveillance et nous a toujours
largement ouvert son service hospitalier.*

A M. LE D^r BRECHOT, chirurgien des hôpitaux,
*qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de notre thèse.*

*Pendant la dernière période de nos
études médicales, il n'a cessé d'être
pour nous le guide et l'appui le meil-
leur. Nous lui en exprimons notre
profonde gratitude.*

La dégénérescence calcaire des Fibro-myomes utérins

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE = ETIOLOGIE

Connues depuis la plus haute antiquité, les « pierres utérines » n'ont été rapportées à leur véritable cause, qu'au début du XIX^e siècle, Roux et Meckel, les premiers ont décrit la « dégénérescence calcaire des fibromes de l'utérus ».

Cette question a fait l'objet des thèses de Coste (Paris, 1893), et de Hyenne (Paris 1898), mais elle a surtout été très étudiée et mise au point dans les thèses de Guibé : « *De la calcification des fibro-myomes de l'utérus*, 1901 », et de Piquand « *Les Dégénérescences des fibromyomes de l'utérus*, 1905. »

Ces deux ouvrages très importants renferment une documentation nombreuse et très approfondie.

Au cours de ces dernières années, plusieurs au-

teurs ont publié des observations ou présenté des pièces anatomiques se rapportant à cette question, en particulier MM. Péraire (1909), Lesné et Laganne, Martin du Magny et Bardon (1910), Charrier (1911), Gouilloud (1913), Pierre Nadal (1913), Baudin (1919), Lorin, Bouchacourt (1921), Vénot (1923).

Fréquence. — Cruveilhier considérait la calcification des fibromes comme une découverte assez fréquente d'autopsie, en tous cas, comme la dégénérescence la plus fréquente du fibro-myome utérin, mais il ne faut pas perdre de vue que cet auteur observait surtout sur les vieilles femmes de la Salpêtrière et à une époque où la chirurgie abdominale existait à peine.

Pozzi, au contraire, conclut à la rareté clinique de cette affection. A l'appui d'une opinion semblable, Piquand, dans sa thèse, rapporte pour 1.041 fibromes opérés, 28 fibromes calcifiés, soit 2,7 0/0.

Alfieri (de Pavie), dans une étude, portant sur 138 cas de fibromes opérés, arrive à une proportion semblable, il signale en effet quatre cas de calcification soit 2,9 0/0.

La plupart des auteurs de traités classiques mentionnent très brièvement cette affection. On peut donc conclure à la rareté clinique des fibro-myomes utérins. Sans doute, la précocité des interventions chirurgicales et le traitement radiothérapique y contribuent-ils beaucoup actuellement.

Age. — L'âge, par lui-même, ne semble pas avoir

une influence absolue dans cette altération. La ménopause, au contraire, aurait une action importante, action indirecte d'ailleurs, due aux modifications de vascularisation et surtout à l'athérome artériel qui se produit fréquemment vers la fin de la vie génitale.

Guibé a réuni 75 observations de fibromes calcifiés; sur ce nombre, il trouve :

Avant 50 ans.....	22 cas
Après 50 ans	53 cas

Peu fréquente avant 50 ans, la dégénérescence calcaire est tout à fait exceptionnelle avant 40 ans.

Les malades de Péraire, Bouchacourt, Baudin, Venot, Lorin, Lesné et Laganne, Martin du Magny et Bardon, Modiaux et Decléty sont âgées respectivement de 45, 47, 49, 53, 55, 59, 68 et 75 ans.

Dans nos deux observations, les malades sont âgées de 65 et 68 ans.

Grossesse. — La grossesse ne semble pas avoir la moindre influence sur la dégénérescence calcaire des fibromes (Guibé et Piquand). Cette affection s'observe aussi fréquemment chez les multipares que chez les nullipares. Parmi les exemples recueillis dans la littérature médicale récente, il est impossible de conclure à une influence quelconque soit de la gestation, soit de la stérilité.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes les variétés de fibro-myomes utérins peuvent subir la dégénérescence calcaire. Le plus grand nombre de ces tumeurs appartient aux variétés sous-péritonéale et interstitielle. Presque toujours on a affaire à des fibromes du corps utérin, la localisation sur le col étant des plus rares.

La statistique, établie par Guibé, porte sur 85 cas, et donne les résultats suivants :

Concrétions libres dans la cavité.....	15
Fibromes sous-muqueux	5
— interstitiels	34
— développés dans le ligament	
large	1
— sous-péritonéaux	30

Dans les onze observations que nous avons pu recueillir, dix concernent les variétés sous-péritonéale et interstitielle, une seule concerne un fibrome de la cavité utérine.

Nombre. — La calcification, en cas d'utérus fibromateux ne s'étend pas obligatoirement à tous les

noyaux, il en est de même en cas de fibromes multiples. Néanmoins, le plus souvent on trouve un seul fibrome calcifié.

Guibé, sur 35 pièces étudiées, relève 20 cas de fibrome unique contre 15 cas de fibromes multiples.

Sur neuf cas, relevés dans la littérature de ces dernières années, nous avons trouvé six fois, un seul fibrome calcifié, deux fois deux fibromes calcifiés; dans le dernier cas, il y en avait trois.

Dans l'observation de M. le Professeur Brindeau, un volumineux fibrome était implanté sur le fond de l'utérus dont le corps était farci de noyaux calcifiés, nombreux et de volume assez variable.

La malade de M. Bréchet avait un énorme fibrome calcifié et l'utérus était parsemé de noyaux en voie de calcification.

Dimensions. — Classiquement, les dimensions de ces tumeurs sont des plus variables, très petites dans les utérus fibromateux, elles peuvent atteindre des dimensions et des poids considérables dans les fibromes pédiculés occupant une partie de la cavité abdominale.

Les dimensions les plus réduites sont certainement réalisées dans les processus de calcification diffuse, qui peuvent n'être que le début d'une calcification très étendue, parfois considérable (cas de Pierre Nadal).

Le plus souvent, la grosseur de ces fibromes varie du volume de l'œuf de poule à celui d'une tête fœ-

tale. Chez la malade de M. Brindeau, le plus gros fibrome calcifié, pèse 15 grammes et présente les dimensions suivantes : longueur : 47 millimètres ; largeur : 43 millimètres ; plus grande épaisseur : 24 millimètres.

Dans nombre de cas, le volume et le poids sont considérables : Baudin (6 kgr.). Guilloud (1.920 gr. et 1.670 gr.). Martin du Magny et Bardon (poids total pour deux fibromes calcifiés 5 kgr. 800).

La tumeur, opérée par M. Bréchet, présente des dimensions très supérieures à une tête d'adulte et atteint le poids de 6 kgr. 500.

Composition chimique. — Ces tumeurs sont essentiellement constituées par une trame organique et des sels minéraux.

Les matières organiques sont représentées la plupart du temps par du tissu conjonctif avec quelques rares fibres musculaires. Pour Guibé, elles représenteraient le tiers ou le quart du poids total de la tumeur, ces proportions étant assez variables suivant le degré de la calcification.

Martin du Magny, après avoir pratiqué un examen chimique sur un poids de 20 grammes de fibrome calcifié, donne les chiffres suivants :

Eau	56,25	pour 100
Matières organiques	18,20	— —
Sels minéraux	25,55	— —

Les sels minéraux sont représentés en majeure partie par le phosphate et le carbonate de chaux.

Phosphate tribasique de chaux.....	80 à 90 0/0
Carbonate de chaux.....	5 à 10 0/0
Sulfate de chaux (Guibé).	traces

Les conclusions de Martin du Magny sont sensiblement analogues :

Phosphate de chaux	85,23 0
Phosphate de magnésie.....	1,57 0/0
Carbonate de chaux.....	13,20 0/0
Fer	traces nettes.

Un caractère extrêmement important de ces concrétions est l'absence absolue de phosphate ammoniaco-magnésien. La présence de ce sel en proportions importantes permettra de reconnaître un calcul d'origine urinaire et d'éliminer à coup sûr, l'origine utérine.

Aspect macroscopique. — L'aspect macroscopique sera différent suivant que le point de départ sera périphérique ou central, ce dernier mode de propagation est de beaucoup le plus fréquent (Piquand).

Ces tumeurs, arrivées à complète calcification, ont une surface très irrégulière, uniformément dure, mais tomenteuse, cloutée, parsemée de nombreuses granulations plus ou moins volumineuses, unies par leur base aux granulations voisines. Leur confluence donne aux petits fibromes calcifiés un aspect mûriforme; dans les tumeurs assez volumineuses, l'aspect extérieur ressemble assez bien à celui d'un chou-fleur à ramifications serrées. Cet aspect est le résultat de la confluence des nombreux foyers de calcification primitifs.

A la coupe, l'aspect est variable suivant le degré d'évolution de la calcification. Au début, on note seulement une infiltration diffuse de granulations calcaires peu denses. La tumeur est facile à couper.

Plus tard, la calcification prend un aspect ramifié, coralliforme. A un stade encore plus avancé, la tumeur est constituée par un stroma amorphe, au milieu duquel se trouvent de nombreuses granulations du volume d'une tête d'épingle à un pois, de coloration blanc jaunâtre, très dures.

Enfin, lorsque la dégénérescence est complète, par confluence de ces granulations, la tumeur est extrêmement dure, de consistance uniformément résistante et ne peut être attaquée qu'à la scie.

Dans certains cas, la calcification peut n'atteindre que la partie centrale d'un fibrome (Peraire).

Si le point de départ de la calcification est périphérique, l'aspect est tout différent. La calcification n'atteint jamais le centre du fibrome. La tumeur est essentiellement constituée par une coque calcaire plus ou moins épaisse, entourant et isolant un myome parfois sphacélé (Vénot).

En outre, Lorin insiste sur la vascularisation très pauvre de ces tumeurs. On note souvent des lésions d'athérome des artères utérines; chez la malade, opérée par cet auteur, l'artère utérine gauche était presque complètement obturée par une plaque d'athérome.

Histologie. — Histologiquement, ces tumeurs sont constituées par un tissu presque amorphe, très

légèrement coloré en rose par l'éosine, avec de loin en loin quelques noyaux de cellules fibreuses. Dans ces placards fibreux, on trouve quelquefois des traces de trousseaux fibreux disposés en tourbillon; à leur niveau, apparaissent les îlots de calcification.

Ces îlots, nettement limités, constituent des amas bien colorés en rouge violet par l'hématéine-éosine, ils sont dépourvus de toute structure cellulaire. Les bords de ces îlots sont nettement limités, et ont une coloration violette très intense (Lesné et Laganne).

Jamais on ne trouve de cellules osseuses.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins est encore assez obscure. La plupart des auteurs mettent en cause les troubles de la vascularisation qui seraient accentués par la ménopause.

Guibé pense que, le plus souvent, cette transformation se fait en deux temps. Dans une première période, — phase d'induration — il y aurait augmentation progressive du tissu fibreux interstitiel, certaines parties de la tumeur pouvant se transformer en masses exclusivement fibreuses.

Cette phase correspondrait cliniquement à la période qui suit la ménopause, pendant laquelle on voit souvent le fibrome diminuer de volume.

Dans une deuxième période — calcification — les granulations calcaires se disposent en suivant les travées fibreuses avec tendance à confluer et à se réunir en un bloc unique.

Dans d'autres cas, la calcification s'établirait d'emblée sans période d'induration et suivrait la dégénérescence des fibres musculaires.

Piquand, ayant constaté dans trois cas de fibromes calcifiés, l'athérome des artères utérines, pense que la calcification débiterait dans les parties les plus mal irriguées de la tumeur. Ce processus expliquerait le fait que la calcification survient souvent à la suite de la dégénérescence fibreuse, le tissu fibreux comme le tissu cartilagineux s'imprégnant facilement de granulations calcaires.

Lorin constate également l'influence prépondérante du ralentissement de la circulation, son aggravation du fait de la ménopause, sa coexistence avec des lésions athéromateuses parfois localisées à la circulation génitale. Sa malade présentait des lésions avancées d'athérome de l'artère utérine gauche avec une pression artérielle faible 12-9 au Vaquez et il conclut :

« Que l'artère utérine soit athéromateuse, que le
« fibrome soit très pauvre en vaisseaux, les principales conditions se trouvent réalisées pour que la
« calcification de la tumeur se produise. On peut
« considérer la dégénérescence calcaire des fibromes,
« comme un chapitre d'une question encore mal
« étudiée : l'athérome des artères utérines. »

La théorie vasculaire de la dégénérescence calcaire des fibromes semble bien réunir la majorité des opinions. Il est cependant intéressant de signaler l'hypothèse émise par Pierre Nadal. Cet auteur, ayant observé un cas de dégénérescence calcaire diffuse, conclut : « La nécrose parcellaire des fibromes
« utérins est chose fréquente, plus fréquente que sa

« traduction par des signes cliniques. Elle ne donne
« lieu à un syndrome clinique que si elle est rapide;
« quand elle est lente, elle aboutit à la cicatrisation
« scléreuse, et plus tard, si la durée de l'évolution
« le permet, à la calcification, de nouveaux foyers
« s'ajoutant aux premiers. »

En étudiant les symptômes, nous verrons que le seul signe pathognomonique de la calcification des fibromes, est l'expulsion, par le vagin, de fragments de tumeur calcaire ou la constatation, dans l'utérus, d'une tumeur de cette nature. Comment peut se produire cette expulsion? Dans ces cas, il s'agit uniquement de fibromes sous-muqueux et le processus généralement admis est le suivant ; il se produit une infection de la muqueuse, infection favorisée par la leucorrhée fréquente, la muqueuse s'ulcère et l'infection s'étendant, on assiste à une suppuration de la zone celluleuse qui entoure le fibrome avec comme conséquence la mise en liberté de la tumeur calcifiée et son expulsion par le vagin, surtout s'il s'agit de petits noyaux peu volumineux.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des fibromes calcifiés est généralement très réduite, parfois elle est absolument nulle. L'examen clinique peut permettre de supposer l'existence de la dégénérescence de la tumeur, rarement il permet de l'affirmer.

En règle générale, la symptomatologie sera une symptomatologie de localisation, elle sera variable suivant qu'il est question d'une tumeur abdominale pédiculée, d'une tumeur intraligamentaire, d'une tumeur enclavée dans le Douglas. Ce seront alors les signes ordinaires des fibromes utérins non dégénérés. Seuls les fibromes sous-muqueux calcifiés peuvent avoir une symptomatologie spéciale, mais nous rappelons qu'ils sont l'exception (6 % de la statistique de Guibé).

Le fibrome calcifié est souvent une découverte d'autopsie ou une découverte opératoire; dans le premier cas, il n'a jamais révélé son existence; dans le second, le chirurgien n'avait pu trouver aucun signe de calcification.

Quelquefois, la malade connaît l'existence de sa

tumeur, mais elle n'est que peu incommodée. Dans certains cas, enfin, on est frappé de la disproportion qui existe entre une tumeur volumineuse et la pauvreté des symptômes. C'est le cas de notre malade (obs. II), dont le fibrome pesait 6 kg. 500 et qui se plaignait simplement de constipation légère. C'est aussi le cas de la plupart des fibromes sous-péritonéaux.

Fréquemment, la symptomatologie est donc fruste, cependant bien que non spéciale elle peut dans nombre de cas être assez nette pour provoquer une intervention chirurgicale rapide. Les fibromes calcaires pédiculés donneront peu de symptômes hors ceux de tout fibrome (nous ne les décrirons pas ici), les fibromes sous-muqueux ou les fibromes inclus dans la cavité utérine donneront une symptomatologie propre au petit bassin.

Les signes fonctionnels sont essentiellement constitués par des douleurs, des signes de compression et des écoulements.

La douleur est, dans la calcification, un signe de fréquence et d'intensité très variables. Elle peut aller de la simple sensation de pesanteur ou de gêne jusqu'aux véritables coliques utérines avec leurs irradiations classiques vers la région lombaire, le périnée, l'anus, les organes génitaux externes ou la cuisse.

La statistique de Guibé donne pour soixante cas examinés, vingt cas avec signes douloureux très accentués. Les fibromes calcifiés seraient plus dou-

loureux que les fibromes ordinaires, du fait de leur poids et de leur dureté. En effet, à volume égal, ils sont plus lourds, d'où tiraillements sur les ligaments et les nerfs. Leur dureté les empêche de s'acomoder et de se déformer.

La compression, dans les fibromes calcifiés inclus dans le petit bassin ou développés dans la face antérieure de l'utérus peut porter sur les nerfs, les vaisseaux et le rectum.

La compression du plexus sacré est une cause fréquente de sciatique. La malade de Lorin se plaignait surtout de douleurs très violentes dans la région lombaire droite, et le membre inférieur droit, avec impotence de la cuisse et du genou.

L'enclavement dans le petit bassin aggrave encore les signes de compression quels qu'ils soient.

La compression veineuse peut être le signe dominant et provoquer des varices douloureuses du membre inférieur, des œdèmes et même une légère ascite, comme dans le cas rapporté par Baudin.

Mais les accidents de compression les plus fréquents, les vaisseaux, la vessie et le rectum.

Du côté de la vessie, les troubles sont d'intensité variable, depuis les troubles de la miction (fréquence, douleur) jusqu'à la rétention d'urine avec cystite et parfois la rétention brusque.

Si la tumeur est peu volumineuse, les signes de compression seront légers (Lorin, Guilloud). Certains fibromes calcifiés très volumineux, comprimant la vessie contre la face postérieure du pubis,

ont pu amener la perforation de la vessie (cas de Malgaigne, Flemming, Lisfranc, in-Guibé).

Ces compressions vésicales seront le fait des fibromes calcifiés développés au dépens de la face antérieure du corps, comme la compression du rectum relèvera des tumeurs calcifiées incluses dans le Douglas.

Cette compression se traduira par de la gêne de la défécation (obs. n° 2), elle pourra provoquer des crises de constipation opiniâtre, et même de l'obstruction intestinale. Certains auteurs signalent des cas de sphacèle avec large ulcération du rectum (Duret) de perforation rectale avec expulsion par l'anus de la tumeur calcifiée (Lisfranc). Mais, nous le répétons, les cas de compression de la vessie sont les plus fréquents (14 fois sur 26 pour Guibé).

Les écoulements constitués par des métrorragies ou de la leucorrhée appartiennent aux fibromes calcifiés sous-muqueux avec ulcération et destruction de la muqueuse (Guibé).

Souvent alors, on observe une malade, qui, ayant eu des hémorragies avant sa ménopause, a cessé de s'en plaindre pendant plusieurs années et les voit réapparaître au bout d'une période plus ou moins longue (malade de Vénot).

La malade de Péraire présentait depuis 5 ans des métrorragies telles qu'elle était arrivée à la dernière période de la cachexie. — Chapman rapporte un cas de mort par hémorragie incoercible.

La leucorrhée, comme nous l'avons vu, coïncide

souvent avec des lésions avancées de la muqueuse; d'abondance variable, elle est rarement constituée par un écoulement nettement purulent, de fétidité comparable aux pertes du cancer et elle s'accompagne rarement de gangrène de la muqueuse.

Dans notre observation I, la malade, qui se savait atteinte de fibrome depuis vingt-cinq ans, s'est fait opérer par suite de varices volumineuses et de leucorrhée abondante.

Enfin il existe un signe fonctionnel, qui, s'il est peu fréquent, n'en a pas moins lorsqu'il existe une extrême valeur; l'expulsion, par le vagin, de fragments de tumeur calcaire est le signe pathognomonique de fibrome calcifié sous-muqueux. Il faudra avoir soin d'éliminer toute cause d'erreur avec les calculs urinaires expulsés par le vagin à la suite d'une fistule vésico-génitale; nous avons vu l'importance de l'examen chimique des concrétions.

Souvent l'expulsion de fragments calcaires coïncide avec une leucorrhée fétide (11 cas sur 15 Guibé). Rarement on l'a vue suivie de guérison. Généralement cette expulsion est la conséquence de l'infection du fibrome calcifié avec ramollissement et ulcération de la muqueuse.

En résumé, nous voyons que les signes fonctionnels de la dégénérescence calcaire sont assez peu précis, il n'existe qu'un seul signe pathognomonique. Le tableau clinique sera presque toujours celui de la localisation du fibrome primitif.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC - EVOLUTION - PRONOSTIC

La plupart du temps la question qui se pose est la suivante : Le fibrome reconnu, est-il ou n'est-il pas calcifié ?

Nous avons vu qu'il n'existe que deux signes pathognomoniques : l'expulsion par le vagin de fragments de tumeur calcaire et la perception de ces mêmes concrétions dans la cavité utérine.

En présence de ces signes capitaux, le clinicien tiendra compte de l'âge de la malade — le fibrome calcifié est rare avant 40 ans, — de l'évolution de la tumeur — un fibrome, après avoir donné des manifestations cliniques, devient complètement silencieux, puis réapparaissent les accidents, métrorragies, douleurs, signes de compression. Dans ces cas, il sera bon de songer à la calcification possible.

L'examen physique complétera les renseignements fournis par les signes fonctionnels. Le palper et le toucher combinés permettront de constater la présence d'une tumeur très lourde, dure

comme de la pierre, de vérifier la mobilité de cette tumeur — mais ce ne seront là que des signes de probabilité.

En présence de fragments calcifiés expulsés par le vagin, dont l'origine aura été identifiée, il faudra rechercher l'existence de débris analogues dans le vagin et compléter l'examen par l'exploration de la cavité utérine. On pourra quelquefois reconnaître la présence soit de noyaux calcifiés enchaîonnés dans la paroi, soit de petits fibromes calcifiés sous-muqueux.

Diagnostic différentiel. — Nous ne ferons pas ici le diagnostic différentiel des fibromyomes utérins non compliqués; nous nous contenterons du diagnostic propre au fibrome calcifié.

La grossesse prête difficilement à confusion. Ce diagnostic est surtout le cas des fibromes ramollis et non pas des fibromes calcifiés.

On évitera facilement la confusion avec le cancer. Le fibrome calcifié sous-muqueux peut s'accompagner de lésions graves de la muqueuse avec hémorragies, pertes malodorantes, mais ce ne seront ni l'hémorragie au moindre contact ni les pertes fétides du cancer. L'examen direct et une biopsie mettront les choses au point.

En cas de fibrome pédiculé, le diagnostic à faire sera celui du kyste à pédicule tordu. Dans le fibrome calcifié, les signes de douleur et de compression s'installent progressivement, on n'observe ni la

douleur brusque ni surtout les signes de réaction péritonéale intense.

Enfin il est une erreur difficile à éviter, c'est la confusion avec les tumeurs solides de l'ovaire. Erreur d'autant plus facile à commettre que les tumeurs solides de l'ovaire peuvent se calcifier. Mais le fibrome de l'ovaire s'accompagne rarement d'hémorragies et souvent d'ascite. Enfin la situation de la tumeur, ses connexions avec l'utérus permettront de faire le diagnostic.

La plupart du temps, le diagnostic de la calcification est difficile cliniquement. Cependant, en présence d'un fibrome dont la calcification est supposée, il pourra être indiqué de pratiquer la *radiographie*.

Bouchacourt, dans une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie établit les indications de cet examen. Dans l'état actuel de l'instrumentation, la radiographie qui ne donne aucun résultat pour les fibromes ordinaires, peut, avec certaines précautions, être un auxiliaire précieux pour le diagnostic des fibromes calcifiés.

« S'il me paraît presque impossible de faire sur
« la femme intacte, le diagnostic de quelques-unes
« des dégénérescences aseptiques, il n'en est pas de
« même des dégénérescences calcaire, osseuse et
« kystique. » (Bouchacourt.)

Avec une instrumentation défectueuse, cet auteur a pu, dans un cas, obtenir une image très suffisante de la tumeur calcifiée. Pour obtenir de bons

clichés, il est nécessaire que l'opérateur ait à sa disposition « une instrumentation complète, de grande puissance et munie des accessoires les plus modernes » et Bouchacourt conclut : « On devrait « ranger l'examen radiologique parmi les éléments « de diagnostic qui permettent de déterminer, dans « certains cas particuliers, en présence de quelle « variété de tumeur on se trouve. »

Le clinicien aura donc intérêt, s'il se trouve à proximité d'un laboratoire bien outillé, à pratiquer une radiographie pour faire le diagnostic. Bien qu'elle n'ait encore qu'un rendement peu certain en gynécologie comme en obstétrique d'ailleurs, la radiographie pourra contribuer à faire le diagnostic entre le fibrome ordinaire et le fibrome calcifié.

Evolution. — Pronostic. — Généralement la transformation calcaire des fibromes est essentiellement bénigne et la malade mourra pour toute autre cause.

La malade, par contre, pourra succomber de cachexie provoquée par l'abondance et la répétition des hémorragies. La mort peut être consécutive à l'extension d'une suppuration utérine avec perforation de l'utérus et péritonite généralisée (malade de Lesné et Laganne).

Guibé rapporte deux cas de traumatisme ayant provoqué une péritonite généralisée mortelle à la suite d'écrasement de l'intestin entre la tumeur et l'agent traumatisant.

Enfin la mort pourra être la conséquence de com-

plications intestinales, — occlusion intestinale par adhérences entre la tumeur et les anses grèles.

On a signalé la fréquence de cancer utrin coexistant avec des fibromes calcifiés. Sans doute, il ne faut voir, dans ces faits, qu'une simple question de coïncidence.

Quelle est l'action réciproque du fibrome calcifié et de la grossesse ?

Cette question est intéressante mais la littérature médicale est pauvre sur ces sujets; il est vrai qu'il y a opposition nette dans l'âge des malades pour ces deux affections, puisque le fibrome calcifié est peu fréquent avant 50 ans.

Cependant, c'est une des rares conditions dans lesquelles le fibrome calcifié puisse avoir une individualité propre. La grossesse n'a pas d'action sur lui ; au cours de la grossesse, il n'y a évidemment pas de ramollissement du fibrome calcifié.

La dégénérescence calcaire, qui s'accompagne souvent de sclérose utérine peut être un obstacle à la fécondation, et une cause de fausses-couches. l'obstacle, apporté au développement de l'œuf par le fibrome, est encore plus accusé par la calcification. L'accouchement est dystocique surtout dans les fibromes bas situés, il pourra être suivi d'inertie utérine et d'hémorragies de la délivrance.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Malgré leur bénignité fréquente, nous avons vu que les fibromyomes calcifiés peuvent occasionner des troubles sérieux et parfois des complications mortelles. D'autre part, il n'y a pas à espérer de régression de la tumeur, une thérapeutique active s'impose donc.

Naturellement il ne saurait être question de radiothérapie, pas plus que de curiethérapie. Le fibrome calcifié relève uniquement du traitement chirurgical, comme tous les autres fibromes atteints de dégénérescence cartilagineuse ou kystique. (Descomps).

« La dégénérescence calcaire constitue beaucoup plus une raison d'intervention qu'un motif d'abstention. » (Lorin).

Quelle sera la nature de l'intervention chirurgicale ?

Dans certains cas de fibromes calcifiés inclus dans la cavité utérine et surtout de petits fibromes ayant ulcéré la muqueuse, on pourra se contenter

du curettage, mais ce sera un procédé d'exception.

La grande majorité des auteurs est d'accord pour préconiser l'hystérectomie abdominale sub-totale ou totale suivant les circonstances. En tout cas, lorsque l'état de la malade ne sera pas une contre-indication, il y aura intérêt à ne pas trop temporiser, puisqu'il n'y aura aucune amélioration à escompter.

Cependant, l'examen général devra être plus sévère que pour une malade porteur d'un fibrome ordinaire ; il ne faudra pas oublier que l'on aura affaire à une malade athéromateuse, et que son cœur et son rein devront être en état de supporter les risques de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATIONS.

Cette observation nous a été communiquée par
M. le Professeur Brindeau.

Ob. I. — Mme L... Angèle, 64 ans, entre à la Clinique Tarnier, pour fibrome de l'utérus diagnostiqué il y a 25 ans.

ANTECEDENTS .

Pas de maladie notable, sauf quelques troubles digestifs, hyperchlorhydrie et vomissements alimentaires.

C'est lors d'un examen pratiqué pour cette raison que le fibrome a été diagnostiqué il y a 25 ans pour la première fois.

Réglée à 13 ans, règles régulières mais abondantes, ni grossesse ni fausse-couche.

Ménopause à 54 ans (il y a 10 ans).

ETAT ACTUEL

Depuis sa ménopause, la malade s'est toujours bien portée.

Aucun trouble de compression nerveuse, vésicale ni rectale.

Grosses varices des membres inférieurs.

En décembre 1923, les varices deviennent très douloureuses. A la même époque, la malade commence à se plaindre de pertes blanches, très abondantes, l'obligeant à se garnir.

Comme elle se trouve fatiguée et craint pour l'avenir, elle décide de se faire opérer.

Inspection : ventre ballonné.

Palpation : ventre souple, mais on sent une tumeur dure comme le bois, occupant l'hypocondre gauche et s'étendant à droite jusqu'au niveau des fausses côtes.

Rien au poumon ni au cœur.

Ni sucre ni albumine.

Opération le 17 avril 1924. — Chirurgien : M. le Professeur Brindeau.

Anesthésie régionale (étant donné l'âge) très suffisante sauf quand on a tiré sur les adhérences. On donne alors une petite dose de chloroforme qui est suffisante.

Incision sous-ombilicale : on aperçoit la tumeur qui est irrégulière, grosse comme un melon. On extériorise une partie de la masse, mais il est impossible d'amener le pédicule au dehors, parce qu'il existe un gros fibrome dans l'excavation. On énuclée ce fibrome et à partir de ce moment, l'opération devient plus facile.

Comme il existe un certain nombre de fibromes aplatis, en pièces de monnaie, dans la base du ligament large ainsi que dans le cul-de-sac vésico-utérin, la libération de l'utérine est impossible.

On coupe le col de gauche à droite suivant la méthode américaine, on aperçoit l'utérine droite qui est noyée dans du tissu cicatriciel — on lie en masse, on rabat le péritoine antérieur et on péritonise facilement.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. — Le fibrome énuclée est mou, blanc, en forme de galet, dur à la section. La plupart des autres fibromes sont crétacés (10 environ), en forme de rotule. Une gaine celluleuse lâche permet de les mobiliser dans l'épaisseur de la paroi utérine, comme une rotule dans l'articulation du genou.

Le plus volumineux de ces fibromes calcifiés, aplati sur l'une de ses faces, à convexité irrégulière, de coloration jaune rougeâtre, à la consistance de la pierre et pèse 15 grammes. Dimensions : longueur 47 m/m, largeur 43 m/m, épaisseur 24 m/m.

Surface tomenteuse, irrégulière, cloutée, tous les points sont également durs et résistants.

Ce fibrome était situé sur la face antérieure de l'utérus au niveau de la vessie.

Obs. II. — (Communiquée par M. le Docteur Bréchet, chirurgien des hôpitaux.)

Mme D..., 68 ans, porteur d'un volumineux fibrome pour lequel elle avait dû être opérée par Péan, il y a 30 ans.

Abdomen distendu par une tumeur volumineuse remontant jusqu'aux fausses-côtes. Cette malade se plaint de fatigue et de constipation légère.

Urines normales.

OPERATION :

A l'ouverture de l'abdomen, masse énorme, du volume d'une très grosse tête d'adulte, cloutée, englobée par l'épiploon et présentant quelques adhérences intes-

tinales. En libérant, on reconnaît un énorme fibrome calcifié à pédicule tordu.

Hystérectomie subtotale.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. — Le fibrome enlevé pèse 6 kg. 500. Il est entièrement calcifié, sensiblement sphérique ; sa surface très irrégulière, parsemée de granulations de la grosseur d'une noisette, est uniformément dure et ne peut être attaquée au couteau. Elle est reliée au fond de l'utérus par un pédicule assez long.

La face antérieure et le fond de l'utérus sont remplis de petits noyaux calcaires du volume d'une noisette à celui d'une noix.

CONCLUSIONS

1° La dégénérescence calcaire des fibro-myomes de l'utérus constitue une altération assez rare. Elle se rencontre le plus souvent après la ménopause.

2° Les fibromes sous-péritonéaux et interstitiels sont en cause dans 75 à 80 0/0 des cas.

3° La pathogénie encore obscure de cette affection semble devoir être rattachée à des troubles de la vascularisation consécutifs à la ménopause.

4° Il n'existe généralement pas, sauf dans certains fibromes sous-muqueux, de signes cliniques propres aux fibromes calcifiés. La symptomalogie est celle des différentes localisations topographiques des fibromes ordinaires. La radiographie peut être un auxiliaire précieux pour le diagnostic de la calcification.

5° Bien que d'un pronostic généralement bénin, les fibromes calcifiés doivent être toujours traités chirurgicalement. L'intervention de choix sera l'hystérectomie abdominale, pratiquée après un examen approfondi de l'état général.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Guibé.* — De la calcification des fibro-myomes de l'utérus. (*Thèse de Paris* 1900-1901).
- Piquand.* — Les dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus. (*Thèse de Paris* 1904-1905).
- Alfiéri.* — Le traitement chirurgical des fibromes utérins. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Septembre 1921).
- Baudin.* — Volumineux fibrome calcifié. (*Société anatomique de Paris*, 15 novembre 1919).
- Bouchacourt.* — Présentation de deux observations avec radiographies à l'appui, établissant la possibilité de radio-diagnostic de certaines dégénérescences aseptiques des fibromes utérins. (*Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1921).
- Charrier.* — Fibrome calcifié de l'utérus ; hernie ombilicale chez une diabétique ; signes d'urémie ; intervention ; guérison. (*Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 15 mai 1911).
- P. Descamps.* — La radiumthérapie des fibromes de l'utérus. (*La Médecine*, avril 1921).
- Flatau.* — Myome intraligamentaire calcifié. (*Société de médecine et polyclinique de Nuremberg*.)

- Gouilloud.* — Volumineux fibrome calcifié. (*Société de chirurgie de Lyon* Avril 1913).
- Hamant.* — L'évolution des fibro-myomes à la ménopause. (*Revue médicale de l'Est*, 1920).
- Lesné et Laganne.* — Perforation de l'utérus, péritonite fibrome calcifié de l'utérus. (*La Gynécologie*, juillet 1910).
- Lesné et Laganne.* — Même sujet (histologie) ; (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, juillet 1910).
- Lorin.* — Dégénérescence calcaire des fibromyomes de l'utérus. (*Revue de Gynécologie et d'obstétrique*, février 1921).
- Martin du Magny et Bardon.* — Fibrome calcifié de l'utérus. (*Société d'anatomie et de physiologie normale et pathologique de Bordeaux*, avril 1910).
- Modiaux et Decléty.* — Fibrome calcifié de l'utérus. (*Société anatomique*, 26 janvier 1912).
- Pierre Nadal.* — Fibrome calcifié. (*Société anatomique*, juillet 1913).
- Pénaire.* — Fibrome utérin en partie calcifié (*Société anatomique*, mars 1909).
- Vénot.* — Fibrome calcifié gangrené. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1923).

